

• 临床指南 •

编者按：产后抑郁障碍在很多国家已被列为一项重要的公共卫生问题，而在国内，无论是政府、公众，还是卫生专业人员普遍对此认识不足、重视不够。受世界卫生组织委托，由首都医科大学附属北京妇产医院、北京妇幼保健院牵头，组织北京回龙观医院、北京军区总医院、广东省妇幼保健院、深圳妇幼保健院等单位的妇产科、妇幼保健、社区卫生、精神、心理等 20 多位专家，历经 2 年时间，参阅了美国、英国等最新的相关指南资料，并经过多次调研和论证，完成了该专家共识。现发表如下，供产科和社区医生等相关医务人员参考。

产后抑郁障碍防治指南的专家共识 (基于产科和社区医生)

产后抑郁防治指南撰写专家组

第一部分 产后抑郁障碍的概述

一、产后抑郁障碍的概念及流行病学

1. 概念：产后抑郁障碍 (postpartum depression/puerperal depression, PPD; 或 postnatal depression, PND) 的概念最早由 Roland, M. (1950) 提出。随着半个多世纪以来对 PPD 认识的不断加深，目前认为 PPD 并不是一个独立的疾病，而是特发于女性产后这一特殊时段的抑郁症 (major depressive disorder, MDD)，有时也包括延续到产后或在产后复发的 MDD。

对于 PPD 起病时间的界定，从产后 1 天至产后 12 个月都有提及，甚至认为可以发生在产前。美国精神障碍分类与第四版诊断标准 (DSM-IV) 将 PPD 的起病时间定为产后 4 周内；但在 2013 年 5 月新颁布的 DSM-5 中已取消 PPD 的概念，取而代之的是围生期抑郁 (peripartum depression)，特指从妊娠开始至产后 4 周内发生的 MDD。

2. 流行病学：由于诊断标准、设计方法、研究时间、抽样方法、样本来源及社会人口学资料等不同，PPD 患病率的报道存在很大差异。

流行病学资料显示，西方发达国家 PPD 的患病率为 7%~40%。亚洲国家 PPD 患病率为 3.5%~63.3%。我国报道的 PPD 患病率为 1.1%~52.1%，平均为 14.7%，与目前国际上比较公认的 PPD 10%~15% 的患病率基本一致。

PPD 首次发作后约半数以上会在未来的 5 年内出现再次发作，有 1/3 的患者甚至在第 1 年内再次发作。而且随着复发次数的增多，复发风险也在加大。

二、产后抑郁障碍发生的危险因素

涵盖生物、心理、社会等多方面的危险因素。相关性最强的因素为既往精神疾病史、阳性家族史、生活事件、

社会支持；相关性中等的因素为个体心理因素、婚姻关系；相关性较弱的因素有产科因素、社会经济状况；几乎无相关性的因素有：产妇的年龄、文化层次、妊娠的次数、与配偶关系的时间长短。

最近几项综述研究，证实了下丘脑-垂体-肾上腺 (HPA) 轴的失调对某些产妇发生 PPD 起到一个重要的作用。产后雌二醇及孕酮的迅速撤离是某些易感产妇发生 PPD 和产后心绪不良的原因。

三、产后抑郁障碍的危害

1. 对产妇的危害：PPD 患者可以出现自伤、自杀行为；不利于产妇精力、体力恢复；增加产妇滥用药物或酒精的风险；导致共患的躯体病或产后并发症恶化或慢性化。

2. 对孩子的危害：PPD 患者可能对孩子造成器质性危害、母婴连接障碍；导致孩子智力、情绪与个性发育障碍；增加青少年发生暴力行为的风险。

第二部分 产后抑郁障碍的临床表现

一、主要临床表现

PPD 的临床表现复杂多样，异质性较大，主要分为核心症状群、心理症状群和躯体症状群三个方面。

(一) 核心症状群

主要包括三个症状：情感低落、兴趣和愉快感丧失、导致劳累感增加和活动减少的精力降低。这是 PPD 的关键症状，诊断 PPD 时至少应包括上述三个症状中的两个。

1. 情感低落：PPD 患者感觉心情压抑，高兴不起来，常无缘无故地长时间哭泣。典型病例有晨重夜轻的节律性改变，即情感低落在早晨较为严重，下午或晚间可有所减轻。

2. 兴趣和愉快感丧失：PPD 患者对以前非常感兴趣的难以提起兴趣，也无法从日常生活及活动中获得乐趣，体验不到照看婴儿的快乐。

3. 导致劳累感增加和活动减少的精力降低：PPD 患者会有不同程度的疲乏感，觉得活动困难，精力下降，且

doi: 10.13390/j.issn.1672-1861.2014.06.034

作者单位：100044 首都医科大学附属北京妇产医院、北京妇幼保健院 (丁辉)；北京回龙观医院 (陈林、邱晓兰)

共同第一作者：丁辉和陈林

通信作者：丁辉 Email: 18601095882@163.com; 邱晓兰 Email: dixl2006@sina.com

通过休息或睡眠并不能有效地恢复精力或体力。

(二) 心理症状群

PPD 还包含许多心理学症状, 常见的有:

1. 焦虑: PPD 患者的焦虑症状比发生在其他时间段的 MDD 患者更常见, 还经常会出现严重的焦虑, 甚至是惊恐发作。

2. 集中注意和注意的能力降低: PPD 患者往往难以集中注意力, 谈话时注意力下降, 对问题的回答缓慢, 有时需数问一答。

3. 自我评价和自信降低: PPD 患者自我评价下降, 自感一切都不如别人, 什么都不会, 缺乏自信, 事情不顺时总是责备自己, 并加重对自己的负性评价。

4. 自罪观念和无价值感: PPD 患者认为自己对不起孩子, 是家庭的包袱、社会的累赘, 觉得自己一无是处、毫无价值可言, 甚至认为自己有罪。

5. 认为前途暗淡悲观: PPD 患者认为前途是灰暗的, 看不到光明, 对自己的将来感到悲观绝望。

6. 自杀或伤婴的观念或行为: 部分 PPD 患者会产生自伤、自杀观念或行为。有时 PPD 患者会出现“扩大性自杀”, 即在杀死别人后再自杀。所杀的对象往往是自己的婴儿, 导致极严重的后果。此外伤婴的想法及惩罚婴儿行为更常见。需要引起大家的高度警惕。

7. 强迫观念: PPD 患者常会出现有伤害婴儿内容的强迫观念, 产妇因担心自己会控制不住伤害孩子而避免与孩子接触。

8. 精神病性症状: 主要是指幻觉、妄想等。有时还会出现感知综合障碍, 认为孩子的形状、大小、色泽发生了改变, 甚至像个小怪物, 因而产生伤害婴儿的行为。

(三) 躯体症状群

PPD 患者合并躯体症状的概率很高, 有时躯体症状可能成为患者的首发症状或就诊主诉。常见的躯体症状有:

1. 睡眠障碍: 以入睡困难、易醒最为多见, 而以早醒最具有特征性。

2. 食欲及体质下降: 多数 PPD 患者表现为食欲下降, 进食少。并常伴有体质下降。

3. 性欲下降: 可以是性欲的减退乃至完全丧失。有些患者勉强被动维持有性行为, 但无法从中体验到乐趣。

4. 非特异性的躯体症状: 常见的主诉包括头痛、腰背痛、恶心、口干、便秘、胃部烧灼感、肠胃胀气等。PPD 患者常常将其归因为“月子里受凉, 没有养好, 得了月子病”。

二、需要甄别的症状

产妇在经历分娩后, 往往会出现一些生理性的躯体及精神方面的改变, 此时容易与 PPD 的相关临床表现混淆, 因此要注意甄别。

1. 睡眠障碍: 产妇大多数都会存在睡眠问题, 这主要是由于照顾、喂养婴儿所致。如果有人帮助其照顾婴儿,

避免婴儿的吵闹, 正常产妇则可以安然入睡。然而 PPD 患者即使有安静的睡眠环境, 不受婴儿干扰, 依然不能正常睡眠。

2. 精力下降、疲乏感: 产妇经历分娩, 还要照顾婴儿, 往往会出现生理性的精力下降、疲乏感, 但这种状况会随着时间的延长、充分的休息而好转。但是 PPD 患者即使不用照顾婴儿, 仍然会感到疲乏、精力不足, 而且随着时间的延长甚至可能会加重。

3. 注意力障碍、记忆力下降: 很多产妇都会出现注意力不集中、记忆力下降的表现, 但程度一般较轻, 持续时间较短。但是 PPD 患者的往往程度较重, 且持续时间较长。

4. 食欲改变: 产妇分娩后, 尤其是剖宫产术后, 常会出现躯体不适症状, 但是 PPD 患者多表现为食欲下降, 即使主观上知道要为孩子哺乳, 希望自己能多吃一点, 但仍然食不甘味, 难以下咽。

5. 躯体症状: 产妇分娩后, 常会出现躯体不适症状, 若为剖宫产、出现产后并发症则会更常见, 但这种躯体不适症状往往部位明确, 随着产后恢复也会逐渐好转。但是 PPD 患者的躯体不适, 往往部位不明确, 甚至性质也不明确, 用当前的躯体状况并不能很好解释, 而且随着产妇躯体状况的好转其躯体不适症状可能并无明显变化。

第三部分 产后抑郁障碍的诊断及鉴别诊断

一、诊断方法

PPD 主要通过询问病史、精神检查、体格检查、心理评估和其他辅助检查, 并依据诊断标准做出诊断。PPD 的诊断主要建立在对症状学(横断面)与病程(纵向)的分析之上, 缺乏客观性的躯体、实验室或影像学检查作为依据。迄今为止, 尚无针对 PPD 的特异性检查项目。

常用心理评估量表简介:

1. 筛查量表: 最常用的是爱丁堡孕产期抑郁量表(Edinburgh postnatal depression scale, EPDS)。其次有产后抑郁筛查量表(PDSS)、医院焦虑抑郁量表(HADS)等。

(1) EPDS 简介: EPDS 是一个有效的 PPD 自评筛选工具, 于 1987 年由英国 Cox 等创制。该量表共有 10 个项目, 分别涉及心境、乐趣、自责、焦虑、恐惧、失眠、应付能力、悲伤、哭泣和自伤等, 分 0 (从未)、1 (偶尔)、2 (经常)、3 (总是) 四个等级, 得分范围 0~30 分, 5 min 即可完成。

(2) EPDS 界值: Cox 将 13 分推荐为极有可能患 PPD 的界值, 而卫生保健人员常规使用时可采用 9 分作为界值。当得分 ≥ 13 时, 则该产妇需要进一步确诊; 如果产妇在第 10 个问题回答不是 0, 有自杀及其他奇怪的想法或无序行为, 则需要立刻转诊到精神专科医院。

(3) EPDS 使用: 大量研究表明, PPD 发生的峰值处于产后 1 个月以内, 因此, EPDS 筛查的最佳时间也为产

后 2~6 周。

2. 其他常用量表：如贝克抑郁量表 (BDI)、抑郁自评量表 (SDS)、患者健康问卷抑郁量表 (PHQ-9)、汉密尔顿抑郁量表 (HAMD) 和蒙哥马利抑郁量表 (MADRS)。

二、诊断步骤

临床上推荐对 PPD 的诊断采用两步法，第一步为量表筛查，可由经过相关培训的社区及产科医护人员完成；第二步采用临床定式检查或精神科会诊，做出符合相应诊断标准的临床诊断，应由精神科医生完成见图 1。

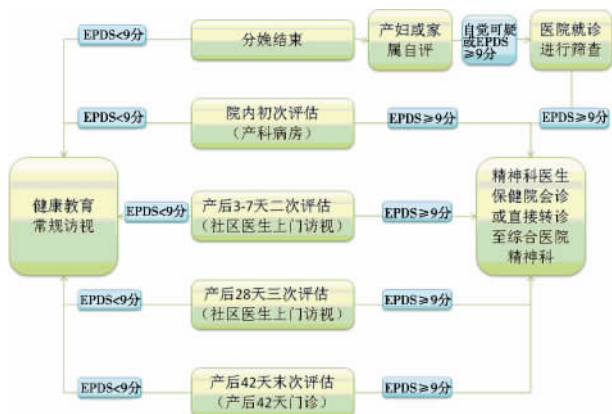


图 1 产后抑郁障碍筛查流程

三、分类与诊断标准

国内对 PPD 的分类与诊断标准主要依据的是 ICD-10 “精神与行为障碍分类-临床描述与诊断要点”及美国 DSM-IV 中有关抑郁发作和复发性抑郁障碍的相关内容和编码。具体可参见相关参考资料。

四、鉴别诊断

1. 产后情绪不良：产后心绪不良 (baby blues) 是一种短暂性的适应不良状态，常在产后 7~10 d 内发生，发生率大约为 26%~85%，持续时间多为几天，一般不超过 10 d。常见症状为情绪不稳定、易哭泣、易激动、悲哀、焦虑、注意力不集中、失眠和食欲不振。产后心绪不良有自限性，对产妇的社会功能影响不大，通常并不需要特殊干预，但心理治疗是有益的。

2. 继发性抑郁障碍：脑器质性疾病、躯体疾病、某些药物和精神活性物质等均可引起抑郁情绪，被称为继发性抑郁障碍。与 PPD 的鉴别要点：① 前者有明确的器质性疾病、某些药物或精神活性物质应用史，体格检查有阳性体征，实验室及物理检查有相应指标改变；② 前者可出现意识障碍、记忆障碍及智能障碍，后者一般则无；③ 前者的症状随原发疾病病情的相应好转而好转；④ 前者既往无抑郁障碍的发作史，而后者可有类似的发作史。

3. 双相情感障碍：患者常表现为兴奋，话多，言语夸大，活动多，难以安静，精力旺盛，兴高采烈，易激惹，行为鲁莽，睡眠需求减少等，其表现与 PPD 患者相反。研

究发现，首次抑郁发作发生在产后的女性患者，有 15%~50% 的可能性为双相情感障碍。

4. 创伤后应激障碍：创伤后应激障碍常伴有抑郁情绪。与抑郁障碍的鉴别要点是：① 前者发病必须存在严重的、灾难性的创伤性事件，如新生儿夭折、严重畸形或其他天灾人祸；而后者可以没有任何诱因，或只有一般性的生活事件；② 前者对创伤性事件常有反复的闯入性回忆，警觉性增高，而后者通常没有此类表现。

5. 神经衰弱：轻度抑郁常有头晕、头痛、无力和失眠等主诉，易误诊为神经衰弱。神经衰弱的核心症状为易兴奋和易疲劳，情感以焦虑为主，不是情感低落，自知力良好，症状波动性大，求治心切，病前往往有明显引起大脑活动过度紧张等精神因素。

第四部分 产后抑郁障碍的治疗

目前的研究证据显示，PPD 患者若不治疗可能会对产妇及婴儿产生严重的长期不良影响，而接受治疗则会改变这种结果，因此对 PPD 患者的治疗是被强烈推荐的。

一、治疗原则

1. 综合治疗原则：当前治疗 PPD 的三种主要方法是药物治疗、心理治疗和物理治疗。已有众多的循证医学证据显示，综合治疗的效果优于单一的任何一种治疗。

2. 全病程治疗原则：PPD 为高复发性疾病，目前倡导全病程治疗。分为：急性期（推荐 6~8 周）、巩固期（至少 4~6 个月）和维持期（首次发作 6~8 个月，2 次发作至少 2~3 年，发作 3 次及以上则需要长期维持治疗）三期。

3. 分级治疗原则：轻度抑郁发作可以首选单一心理治疗，但产妇必须被监测和反复评估，如果症状无改善，就必须考虑药物治疗；中度以上的抑郁发作应该进行药物治疗或药物联合心理治疗，并建议请精神科会诊；若为重度抑郁发作并伴有精神病性症状、生活不能自理或出现自杀及伤害婴儿的想法及行为时，务必转诊至精神专科医院。

4. 坚持以产妇安全为前提原则：对 PPD 患者，首先应该考虑的是产妇的安全。如果症状严重或非药物治疗无效，应立即进行药物治疗。

5. 保证婴儿安全原则：迄今为止，美国 FDA 和我国 CFDA 均未正式批准任何一种精神药物可以用于哺乳期。所有的精神科药物均会渗入乳汁，婴儿通过母乳接触药物后对发育的远期影响尚不清楚。因此原则上尽量避免在哺乳期用药，若必须在哺乳期用药，应采取最小有效剂量，以使婴儿接触的剂量最小，而且加量的速度要慢。鼓励母乳喂养，以便提高新生儿的免疫能力。

二、药物治疗

PPD 产妇若坚持母乳喂养，在使用药物治疗前需要进行全面的个体化的获益及风险评估。虽然没有研究显示抗抑郁剂对胎儿或新生儿的安全剂量和使用期限，但哺乳期

使用抗抑郁剂使孩子暴露于药物的危险绝对低于子宫的药物暴露。

1. 抗抑郁药物：抗抑郁药种类繁多，以下是目前国内常用的几类抗抑郁药。

(1) 选择性 5-羟色胺再摄取抑制剂 (SSRIs)：SSRIs 是 PPD 患者的一线治疗药物。主要包括氟西汀、帕罗西汀、舍曲林、氟伏沙明、西酞普兰和艾司西酞普兰 6 种。对于哺乳期妇女，多属于慎用。众多研究发现，舍曲林对被哺乳婴儿极少存在不利影响，安全性较高，但尚缺乏远期影响资料的研究结果。

(2) 其他抗抑郁药：除三环类抗抑郁药 (TCAs) 及选择性 5-羟色胺及去甲肾上腺素再摄取抑制剂 (SNRIs) 文拉法辛属慎用外，其他药物目前的研究资料不足，不建议服用。

目前尚无证据表明哪种抗抑郁药对 PPD 更有效。选药的主要依据为既往用药史及耐受性。

2. 其他药物：如抗焦虑药和镇静催眠药物、抗精神病药、情感稳定剂、雌激素等。

一般来说，PPD 患者若需要抗精神病药或情感稳定剂治疗，往往提示她们的病情较重，很难维持对婴儿的正常哺乳，因而不推荐此类产妇进行母乳喂养。

三、心理治疗

已有的证据显示，对于某些 PPD 患者，心理治疗可作为首选治疗，而且推荐心理治疗在任何可能的时候都要成为 PPD 患者治疗方案的一部分。

疗效最肯定的心理治疗方法为人际心理治疗 (IPT) 及认知行为治疗 (CBT)。

四、物理疗法及其他疗法

1. 物理疗法：最常用的物理疗法为改良电痉挛治疗 (MECT) 及重复经颅磁刺激 (rTMS)。大量的临床证据证实，MECT 的有效率可高达 70%~90%。在某些 PPD 患者，如具有强烈自杀及伤害婴儿倾向时可作为首选治疗。

2. 其他疗法：其他如运动疗法、光疗、音乐治疗、饮食疗法等也被用来辅助 PPD 的治疗。与药物及心理治疗相比，这些治疗的可行性及可及性更好。

五、产后访视

产后访视的工作内容归纳有心理咨询、营养指导、卫生指导、健康宣教、母乳喂养技术等。产后访视一般安排在产后 1~10 d 内进行，具体内容为：

1. 母亲和婴儿的查体，如子宫收缩、恶露和乳房情况，婴儿反应、心肺情况、黄疸情况等。

2. 评估产妇和婴儿的心理状况及家庭环境条件，列出存在和可能存在的问题。

3. 健康教育和技术指导，提供母乳喂养、新生儿抚触、洗澡等服务。通过以上工作，减少产妇因产后知识、技能匮乏而引起的焦虑与抑郁，增加其处理现实问题的能力。

六、健康教育

健康教育对于 PPD 的预防、识别、转诊及干预等方面也非常重要，可以采取讲座、文字、电视、网络等多种方法及形式对大众、产妇及其家属、非精神科医护人员进行 PPD 相关知识的宣传与教育。

具体诊疗流程可参见图 2。

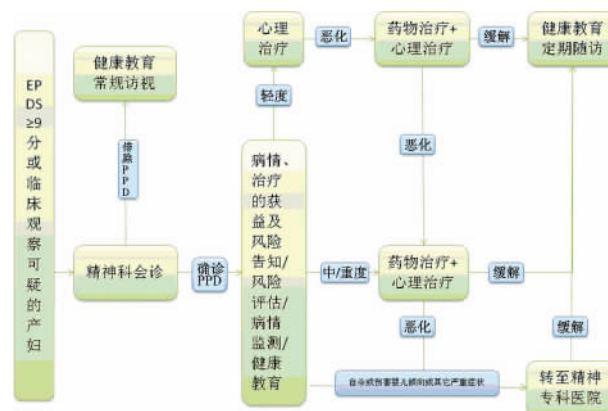


图 2 产后抑郁障碍诊疗流程

第五部分 产后抑郁障碍的管理

开展科学的分级管理，包括自我管理、家庭管理、社区管理、医院管理，是目前防止 PPD 发生与复发比较好的方法。对 PPD 的防治工作还仍然处于探索阶段，尚无成熟的系统管理模式。具体可参见图 3。

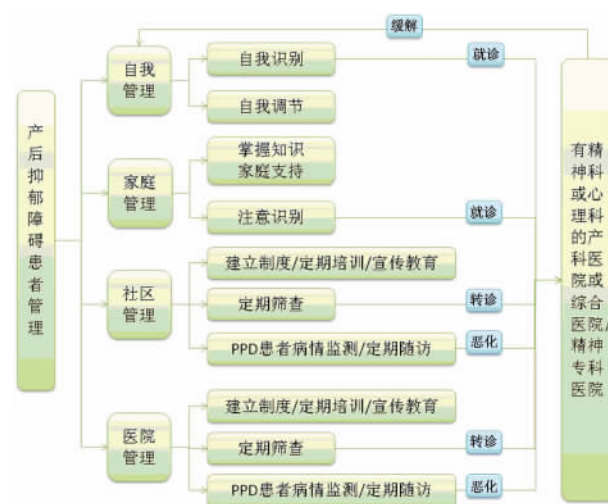


图 3 产后抑郁障碍管理流程

致谢：感谢卫计委妇女健康服务司宋莉博士和 WHO 精神病学专家汪向东博士、妇幼医学专家温春梅博士、北京大学人民医院妇产科魏丽惠教授在指南编写过程中给予的指导！

参 考 文 献

- [1] 江开达. 抑郁障碍防治指南. 北京: 北京大学医学出版社, 2007.
- [2] 沈渔邨. 精神病学. 5 版. 北京: 人民卫生出版社, 2009.
- [3] 江开达. 精神药理学. 北京: 人民卫生出版社, 2007.
- [4] 钱耀荣, 晏晓颖. 中国产后抑郁发生率的系统分析. 中国实用护理杂志, 2013, 29: 1-3.
- [5] ACOG Practice Bulletin: Clinical management guidelines for obstetrician-gynecologists number 92, April 2008 (replaces practice bulletin number 87, November 2007). Use of psychiatric medications during pregnancy and lactation. Obstet Gynecol, 2008, 111: 1001-1020.
- [6] Academy of Breastfeeding Medicine Protocol Committee. ABM clinical protocol #18: use of antidepressants in nursing mothers. Breastfeed Med, 2008, 3: 44-52.
- [7] American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders, 5th ed. Arlington, VA: American Psychiatric Association, 2013.
- [8] Anderson G, Maes M. Postpartum depression: psychoneuroimmunological underpinnings and treatment. Neuropsychiatr Dis Treat, 2013, 9: 277-287.
- [9] Azorin JM, Angst J, Gamma A, et al. Identifying features of bipolarity in patients with first-episode postpartum depression: findings from the international BRIDGE study. J Affect Disord, 2012, 136: 710-715.
- [10] Banti S, Mauri M, Oppo A, et al. From the third month of pregnancy to 1 year postpartum. Prevalence, incidence, recurrence, and new onset of depression. Results from the perinatal depression-research & screening unit study. Compr Psychiatry, 2011, 52: 343-351.
- [11] Beck CT. A meta-analysis of predictors of postpartum depression. Nurs Res, 1996, 45: 297-303.
- [12] Beck CT. The effects of postpartum depression on maternal-infant interaction: a meta-analysis. Nurs Res, 1995, 44: 298-304.
- [13] Beck CT. The effects of postpartum depression on child development: a meta-analysis. Arch Psychiatr Nurs, 1998, 12: 12-20.
- [14] Beydoun HA, Beydoun MA, Kaufman JS, et al. Intimate partner violence against adult women and its association with major depressive disorder, depressive symptoms and postpartum depression: a systematic review and meta-analysis. Soc Sci Med, 2012, 75: 959-975.
- [15] Breese McCoy SJ. Postpartum depression: an essential overview for the practitioner. South Med J, 2011, 104: 128-132.
- [16] Brockington I. Postpartum psychiatric disorders. Lancet, 2004, 363: 303-310.
- [17] Clare CA, Yeh J. Postpartum depression in special populations: a review. Obstet Gynecol Surv, 2012, 67: 313-323.
- [18] Cuijpers P, Brannmark JG, van Straten A. Psychological treatment of postpartum depression: a meta-analysis. J Clin Psychol, 2008, 64: 103-118.
- [19] Daley AJ, Jolly K, Sharp DJ, et al. The effectiveness of exercise as a treatment for postnatal depression: study protocol. BMC Pregnancy Childbirth, 2012, 12: 45.
- [20] DelRosario GA, Chang AC, Lee ED. Postpartum depression: symptoms, diagnosis, and treatment approaches. JAAPA, 2013, 26: 50-54.
- [21] Field T. Postpartum depression effects on early interactions, parenting, and safety practices: a review. Infant Behav Dev, 2010, 33: 1-6.
- [22] Fisher J, Cabral de Mello M, Patel V, et al. Prevalence and determinants of common perinatal mental disorders in women in low- and lower-middle-income countries: a systematic review. Bull World Health Organ, 2012, 90: 139G-149G.
- [23] Fitelson E, Kim S, Baker AS, et al. Treatment of postpartum depression: clinical, psychological and pharmacological options. Int J Womens Health, 2010, 3: 1-14.
- [24] Friedman SH, Horwitz SM, Resnick PJ. Child murder by mothers: a critical analysis of the current state of knowledge and a research agenda. Am J Psychiatry, 2005, 162: 1578-1587.
- [25] Gavin NI, Gaynes BN, Lohr KN, et al. Perinatal depression: a systematic review of prevalence and incidence. Obstet Gynecol, 2005, 106: 1071-1083.
- [26] Gelenberg AJ, Freeman MP, Markowitz JC, et al. Practice guideline for the treatment of patients with major depressive disorder. 3rd ed. Washington DC: American Psychiatric Publishing, 2010: 1-152.
- [27] Gentile S. Use of contemporary antidepressants during breastfeeding: a proposal for a specific safety index. Drug Saf, 2007, 30: 107-121.
- [28] Godderis R. A tricky object to classify: evidence, postpartum depression and the DSM-IV. J Hist Behav Sci, 2013, 49: 123-141.
- [29] Goodman JH, Santangelo G. Group treatment for postpartum depression: a systematic review. Arch Womens Ment Health, 2011, 14: 277-293.
- [30] Goodman SH, Rouse MH, Connell AM, et al. Maternal depression and child psychopathology: a meta-analytic review. Clin Child Fam Psychol Rev, 2011, 14: 1-27.

(收稿日期: 2014-03-28)